

Cuidados paliativos numa perspectiva brasileira: aspectos introdutórios e a contribuição das mulheres

Palliative care in a Brazilian perspective:
introductory aspects and contribution of woman

Los cuidados paliativos en el punto de vista
brasileño: aspectos introductorios y la
contribución de las mujeres

Blanches de Paula

RESUMO

Este artigo é uma introdução ao tema dos cuidados paliativos numa perspectiva brasileira. Trata-se, de forma geral, de um retrato histórico de seu nascedouro e a contribuição de mulheres que lutaram para a continuidade desse tipo de cuidado na área da saúde e educação. Ademais, apresenta desafios para a reflexão teológica e sua importância para o cuidado pastoral nos momentos de despedida da vida.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; protagonismo das mulheres; pastoral do consolo.

ABSTRACT

This article is an introduction to the issue of palliative care in a Brazilian perspective. This is generally developed in a historical perspective focusing on its origins and the contribution of women who fought for the continuation of this type of care in health and education. Beside this the article points out challenges for theological reflection and its importance for the pastoral care for those times of departure from life.

Keywords: Palliative care; women's leadership; pastoral care.

RESUMEN

Este artículo es una introducción al tema de los cuidados paliativos desde una perspectiva brasileña. Esto es generalmente un cuadro histórico de su lugar de nacimiento y la contribución de las mujeres que lucharon por la continuidad de este tipo de atención en salud y educación. También presenta desafíos para la reflexión teológica y su importancia para la pastoral en tiempos de salida de la vida.

Palabras clave: Cuidados paliativos; liderazgo de las mujeres; consuelo pastoral.

Introdução

Quem não sabe se entregar ao cuidado do outro terá mínimas possibilidades de viver até o fim dos seus dias com a semente do amor. Quando falamos de cuidado, falamos de amor em todos os tempos. O tempo do

viver e o tempo do morrer são inseparáveis. Cuidados Paliativos surgem de um amor à vida até o fim dos seus dias, ou seja, até seu momento derradeiro: a morte. Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002)

como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.¹

Esta definição de Cuidados Paliativos é uma bússola que tem direcionado a intervenção na área da saúde ao redor do mundo. Mas, no caso do Brasil, os Cuidados Paliativos ainda são pouco conhecidos pelos profissionais de saúde, pacientes e famílias.

Cicely Saunders e os *Hospices*

As expressões curar e cuidar, médico-paciente-família têm sido enfocadas no campo brasileiro de cuidados paliativos. A chamada filosofia *hospice*² tem sido gradativamente inserida nos estudos na área de saúde, embora ainda de forma muito tímida.

Os hospices surgiram há muitos séculos na Europa. Na Idade Média, já a partir do século IV, há relatos desses estabelecimentos albergando cristãos em peregrinação. Dirigidos por religiosos cristãos, tinham esse caráter de acolhimento ao viajante, que lá recuperava suas forças para seguir adiante em sua jornada. Dessa época, permaneceu no moderno movimento a palavra hospice, que incorpora em sua missão esse caráter acolhedor e a noção, bastante difundida, da doença como uma jornada a ser percorrida pelo paciente e por sua família ou cuidador (FLORIANI e SCHRAMM, 2010)

É importante destacar que, na realidade brasileira, encontramos um contexto semelhante ao nascimento dos *hospices*: eles foram criados para atender aos pobres que estavam morrendo. Porém, a população pobre não tem tido acesso a um sistema de saúde que inclua os cuidados paliativos de forma ampla. Ou seja, os cuidados paliativos no contexto brasileiro inverteram a lógica do nascedouro dos *hospices*. Com exceções, o serviço de Cuidados Paliativos atinge uma população com situação econômica mais estável.

¹ Já havia outras conceituações anteriores a esta que vigora nos dias atuais.

² O nascedouro dos *hospices* localiza-se na era medieval. Eram dirigidos por ordens religiosas. Os *hospices* trazem nos seus objetivos o cuidado da pessoa de forma integral, incluindo o processo do morrer. O movimento hospice volta com muita força na década de 70 do século passado, com Cicely Saunders.

1.1 Cicely Saunders: uma educadora dos cuidados paliativos

Mencionamos, como destaque de atuação, valorização do movimento *hospice* e que influencia os cuidados paliativos até os nossos dias, a dedicação de Cicely Saunders³, médica britânica, que empenhou sua vida em prol dos que estavam em processo de morrer. Saunders nasceu em 22 de junho de 1918 e morreu em 2005. A dignidade, os conceitos teológicos e de cuidado formam a tônica desta mulher que de enfermeira tornou-se médica, para atuar de forma mais profunda na dedicação aos cuidados paliativos.

Antes dos estudos na área de saúde, Saunders havia iniciado filosofia, economia e política. Quando a segunda guerra eclodiu, dedicou-se à área de saúde. Cicely Saunders também tinha formação em assistência social e era uma pessoa que professava uma fé em ação. Saunders era anglicana. Seu conceito de dor total, ou seja, a dor que não separa “corpo, alma e espírito” contribuiu de forma significativa com o cuidado integral às pessoas no processo de morrer. Nesse sentido, encontramos um campo fértil de diálogo com a teologia quando no conceito de dor total é incluída a dimensão espiritual. Um questionamento que podemos nos fazer é a existência da dor “espiritual” e o que ela significa para pessoas que estão no processo do morrer, denominado também de FPT (fora de possibilidades terapêuticas)⁴. Há uma relação profunda com uma pastoral do consolo que precisa ser revisitada continuamente no meio cristão.

Cicely Saunders começou sua carreira profissional primeiro como enfermeira e assistente social. Depois estudou medicina, para, segundo ela mesma, “cuidar bem dos pacientes terminais, esquecidos pelos médicos tradicionais”. Ela é reconhecida como a fundadora do movimento moderno de Hospice. O St. Christopher’s Hospice, por ela fundado em 1967, foi o primeiro hospice que, numa visão holística da pessoa humana e cuidados integrados, ligou o alívio da dor e controle de sintomas com cuidado humanizado, ensino e pesquisa clínica. Essa nova filosofia de cuidados direcionados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas influenciou muito os cuidados em saúde ao redor do mundo, bem como gerou novas atitudes em relação à morte, ao morrer e diante da dor da perda de um ente querido, isto é, o período do luto (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2006, p. 364).

O St. Christopher’s Hospice permanece até hoje formando milhares de cuidadores/as na área da saúde. Esse legado deixado por Saunders

³ Atualmente, há o Cicely Saunders Institute em Londres, com o objetivo de cuidado integral no processo do morrer. (veja, nas referências bibliográficas, o endereço da sua página na internet).

⁴ Rachel Aisengart Menezes aborda a terminologia FPT (fora de possibilidades terapêuticas) em seu livro “Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos”..

soma-se ao conceito de dor, mencionado anteriormente. Já como médica, desenvolveu pesquisas que contribuíram para o controle da dor em pacientes oncológicos.

É relevante ressaltar que a vocação para o cuidado com pessoas consideradas no fim da vida trouxe novo sentido aos estudos da medicina na época de Saunders que, ao se tornar médica (aos 40 anos), procura um status de reconhecimento científico para os cuidados paliativos.

Outra dimensão relevante dos cuidados paliativos apregoados por Saunders era o acolhimento incondicional para quem estava no processo do morrer; essa incondicionalidade incluía a fé, sem perder a identidade cristã. Saunders não queria transformar o St. Christopher's Hospice num gueto de cuidados. Mas, pelo que percebemos, seu legado permanece até hoje oferecendo capacitação aos profissionais de saúde que promovem a vida ao lidar com as perdas, o luto, o morrer.

2. Elizabete Kübler-Ross e os estágios do luto

Elizabete Kübler-Ross foi uma das mulheres cuja biografia conquista certa admiração, surpresas e um profundo espaço para questionamentos ligados à nossa existência. Kübler-Ross nasceu na Suíça em 1926 e morreu, aos 78 anos de idade, no dia 24 de agosto de 2004. Formada em medicina, mudou-se para os Estados Unidos logo após o término do curso. Desde tenra idade interessou pela arte do cuidado em meio às perdas.

Possivelmente Kübler-Ross seja mais conhecida pelos denominados estágios do processo de morrer. Mas sua contribuição vai bem mais além. Kübler-Ross adentrou num mundo subterrâneo de todos nós, onde estão alojadas nossas perguntas, buscas e, paradoxalmente, encontros e realizações.

Com sua ampla experiência em hospitais, começou sua pesquisa nos seminários interdisciplinares sobre a morte e o morrer no ano de 1965, incluindo estudantes do Seminário Teológico de Chicago. Esses pediram sua ajuda para compreender as crises da vida humana, das quais a morte era, para eles, a maior. Em linhas gerais, a crise, para Kübler Ross, está ligada a um processo de perda que tem fases distintas.

Kübler-Ross alertou sobre os procedimentos de acompanhamento ao paciente terminal nos seguintes aspectos: comunicação ao paciente de sua doença; a importância da participação da família; presença do conforto verbal e não-verbal; trabalho de equipe interdisciplinar;

2.1 Estágios do pesar

A partir desses seminários e das pesquisas sobre o processo da morte e do morrer, Kübler-Ross sistematizou esse momento por meio dos estágios do pesar, do luto para quem está na fase terminal da vida. O

conhecimento desses estágios é de grande relevância para os cuidados paliativos. São eles:

PRIMEIRO ESTÁGIO: NEGAÇÃO E ISOLAMENTO

Como o próprio nome denomina, o primeiro estágio é a experiência da não-crença no que está acontecendo consigo mesmo. A negação pode ser seguida de um choque inicial. Evidentemente, trata-se de um mecanismo de defesa da pessoa, diante do limite da vida. “Em suma, a primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual se recupera gradualmente. Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, é comum no homem esta reação: ‘Não, não pode ser comigo’” (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 47). As atitudes diante da negação absorvem a pessoa, podendo ter momentos de quase completa fuga da realidade.

SEGUNDO ESTÁGIO: RAIVA

O estágio da raiva expressa a impotência e a falta de controle para lidar com a situação.

“Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge a pergunta: Por que eu? (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 55)”. A exposição dos sentimentos pode vir com uma roupagem de raiva da equipe de saúde, da família, do clérigo, de Deus, de si mesmo e até mesmo da pessoa que morreu. Por isso, nesse estágio, é essencial a compreensão e expressão da raiva pelo paciente.

TERCEIRO ESTÁGIO: BARGANHA

O terceiro estágio é uma espécie de acordo com pessoas que significam segurança, proteção para a pessoa. Geralmente, as barganhas são feitas com Deus. A barganha está ligada a um sentimento de culpa. É uma dívida afetiva com alguém ou um comportamento realizado pelo paciente no passado e “não aceitável” socialmente e que, no seu inconsciente, pode ter desencadeado a enfermidade. Segundo Kübler-Ross, a barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; inclui um prêmio, oferecido ‘por bom comportamento’, estabelece também uma ‘meta’ autoimposta e uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido.

QUARTO ESTÁGIO: DEPRESSÃO

Essa fase é marcada por uma grande sensação de perda. A percepção da perda de si mesmo é mais presente do que em estágios anteriores. Kübler-Ross apresenta dois tipos de depressão: “Se eu tentasse diferenciar

estes dois tipos de depressões, classificaria a primeira como uma depressão reativa e a segunda como uma depressão preparatória (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 92)". A família precisa de um acompanhamento no sentido de orientá-la a deixar o paciente expressar os sentimentos de perda.

QUINTO ESTÁGIO: ACEITAÇÃO

O estágio da aceitação advém quando cessam as possibilidades de tratamento e a morte se torna mais próxima. Nesse estágio, Kübler-Ross afirma que "é como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento "do repouso derradeiro antes da longa viagem" (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 118). É também o período em que a família geralmente carece de ajuda, compreensão e apoio, mais do que o próprio paciente.

2.2 *Heranças para morrer e viver*

Kübler-Ross deixou-nos como herança que o processo de morrer vai além de estágios, mas vincula-se às formas pelas quais podemos ser acompanhados ou não no processo de despedida da vida. Conflitos morais podem transformar em vitrines as angústias mais profundas do ser humano, desencadeadas pelo medo de morrer sem "completar" o ciclo da vida.

Destaca-se também o seu intenso acompanhamento com crianças. Por meio de desenhos das próprias crianças, Kübler-Ross oportunizava um diálogo sobre suas vidas no processo de morrer. Algumas contribuições que podemos destacar de seu trabalho foram: como as crianças enfrentam a morte; orientações para diálogo com pacientes terminais, orientação sobre diálogo entre membros da família sobre o processo de morrer; estímulo às pessoas para falarem sobre o processo de morrer; presença de familiares, religiosos e amigos com uma pessoa que está enfrentando o processo de morrer; comunicação no processo de morrer [O uso da linguagem simbólica].

Evidentemente, para lidar com tantas situações adversas, Kübler-Ross enfatizou as emoções tais como raiva, tristeza, medo. A falta de externalização da raiva causava (e causa) um sofrimento ainda maior às pessoas.

E, ainda, ao acompanhar as pessoas no processo de morrer, Kübler-Ross ressaltava as crises existenciais, os conflitos com a medicina e a possibilidade da criação de equipes multidisciplinares para o cuidado com pacientes em processo de morrer. Como ela própria ressaltou, "havia muito o que aprender sobre a vida escutando os pacientes terminais" (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 145).

As últimas pesquisas de Kübler-Ross permearam a experiência quase-morte e a vida após a morte. Essas investigações trouxeram gran-

de inquietação no mundo científico, que recebeu com imenso ceticismo suas afirmações. Kübler-Ross transmitia muita coragem e paixão pelo que fazia. Além disso, apresentava um desprendimento em prol do que mais acreditava: a vida. Por isso, sua dedicação à medicina e ao cuidado com as pessoas expressava claramente que viveu de modo intenso.

4. Aspectos gerais dos Cuidados Paliativos no contexto brasileiro

Os Cuidados Paliativos levantam temas como a dor e o sofrimento, que são aspectos próximos e que expressam também uma identidade cultural. No Brasil, há necessidade de uma educação para lidar com essas questões. É indispensável uma formação que estimule equipes multiprofissionais, como: pessoas doentes, médicos, enfermeiros, familiares, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, capelães, religiosos, dentre outros, para o cuidado integral da pessoa.

O contexto da assistência médica em nosso país é ainda caracterizado em muitos segmentos populares por uma cultura que cheira ao conformismo dolorista (é assim mesmo) da sociedade enquanto tal. Num ethos social marcado por desigualdade e exclusão, herança de nosso período de escravidão, o pobre tem que sofrer, e o crente não menos, para ganhar o céu. Este manto dolorista que acaba sacralizando a desigualdade sociopolítica e cultural felizmente vai desaparecendo aos poucos. Alguns sinais positivos já começam a surgir no contexto clínico brasileiro. Foi criado em 1997, no âmbito do Ministério da Saúde, um Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os profissionais da Saúde. (PESSINI e BERTACHINI, 2004)

No cenário brasileiro, percebe-se um processo de ampliação da importância dos cuidados paliativos para o bem-estar das pessoas nos últimos dias de vida, embora, na cultura brasileira, o tema da dor ainda esteja mais no nível da aceitação do que do questionamento e do enfrentamento com dignidade. A expressão *“Pobre tem que sofrer”* é um equívoco social/cultural muito presente na mentalidade brasileira. De certa maneira, é uma forma de acobertar o estigma da pobreza aliada a uma causa antropológica e de status social. Pode-se afirmar que a relação entre o tema da pobreza e os cuidados paliativos ainda é muito introdutório nas pesquisas brasileiras. Tratar sobre Cuidados Paliativos no contexto da pobreza torna-se um *artigo de luxo*, pois se nem em todos os serviços básicos na área de saúde, as pessoas têm sido tratadas como seres humanos, que se dirá de um acompanhamento digno no processo do morrer?! De fato, na experiência brasileira, encontramos muitas pessoas que, na fila de espera para um atendimento, muitas vezes acabam morrendo.

Além disso, destacamos a comunicação com os pacientes, que também tem um caráter cultural muito presente nos países latinos. Vejamos uma afirmação sobre o assunto:

Nessas circunstâncias, não é rara, principalmente em países latinos, uma atitude falsamente paternalista, que leva a ocultar a verdade ao paciente. Com frequência, entra-se no círculo vicioso da chamada “conspiração do silêncio”, que além de impor novas formas de sofrimento para o paciente pode ser causa de grave injustiça. A comunicação de verdades dolorosas não deve destruir a esperança da pessoa. (PESSINI e BERTACHINI, 2004)

Como temos pontuado, no Brasil, os Cuidados Paliativos têm conquistado seu espaço gradativamente. Por exemplo, o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, lançado em 24 de maio de 2000, é uma das iniciativas brasileiras para o processo de humanização, que prioriza o cuidado em todas as ações em prol das pessoas doentes. Há também serviços voltados para o nascimento de crianças, o pré-natal, e também para a saúde da família. O SUS, Sistema Único de Saúde, já tem um programa de Cuidados Paliativos, mas tem grandes desafios para atingir a população empobrecida do nosso país.

Outro destaque é a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos⁵, ocorrida em São Paulo, no ano de 1997. O objetivo primordial dessa associação é oferecer espaço para a criação de diretrizes para a implantação da filosofia *hospice* no Brasil respeitadas as diferenças socioculturais do país. Ela tem promovido eventos, cursos de capacitação e também parcerias com outros grupos afins como as Sociedades Brasileiras de Cancerologia e de Oncologia Clínica e também publicações como a Revista: o Mundo da Saúde, voltada especificamente para o tema dos Cuidados Paliativos. Hoje, podemos afirmar que existem cerca de 30 serviços de cuidados paliativos no Brasil, os quais incluem assistência em ambulatório, internação e domicílio.

O cenário brasileiro tem começado a semear as sementes de uma educação que, antes de ser para a morte, é para vida. Não há como separar uma da outra. Por isso, ao tratar o tema dos cuidados paliativos, tocamos também no tema do luto, que envolve um processo desencadeado pela perda de si mesmo e também dos familiares. Evidentemente, a relação entre luto e cuidados paliativos envolve um acompanhamento da equipe de saúde e a família. Possivelmente, podemos abordar o luto ante-

⁵ A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos tem oferecido orientações que são de grande relevância para a formação profissional no campo da saúde. Evidentemente, essa formação deveria ampliar seus ramos educacionais para outras expressões de cuidado com o ser humano, como: pedagogia, filosofia, teologia, sociologia, dentre outros (veja o endereço da sua página na internet nas Referências bibliográficas).

ciatório em relação aos cuidados paliativos. Ou seja, o processo do luto pode ser desencadeado antes do momento derradeiro da vida. Este tema tem recebido atenção nas pesquisas brasileiras sobre os mais variados processos de perda existentes. Pesquisadoras, como Maria Júlia Kovacs e Maria Helena Pereira Franco, ambas psicólogas, têm defendido uma educação para a morte. O Laboratório de Estudos da Morte, coordenado por Maria Júlia Kovacs, criou um programa de DVDs para escolas públicas e privadas, com a série Falando de Morte: para criança, adolescentes, idosos e profissionais de saúde.

Em uma das pesquisas realizadas por Kovacs em uma unidade de cuidados paliativos no Brasil, foram encontrados os seguintes desafios:

problemas financeiros; manutenção da família após a morte do paciente; o futuro dos filhos; receio de se tornar uma sobrecarga para a família; sentimento de inutilidade por não trabalhar ou não realizar as atividades domésticas; pacientes relataram também não entenderem o que está acontecendo com eles, o que seus médicos dizem, e têm receio de perguntar, pelo medo de ser considerados ignorantes, porque crêem que o médico está muito ocupado para perder tempo com eles, ou que possa sentir que a sua autoridade está sendo questionada, e isto causar interferência no seu atendimento. (KOVACS, 1998)

Outros desafios vinculados aos Cuidados Paliativos no Brasil estão na capacitação de profissionais de saúde, estudos sobre a dor total (defendidos por Cicely Saunders) e carência de recursos financeiros para pesquisas na área.

Cabe destacar também que a história de vida de muitos brasileiros inclui a crença nos milagres e também do suporte da dor como parte de sua existência. Por ser um país onde a fé de certa forma está vinculada à cultura, o tema da dor e dos cuidados paliativos torna-se muito mais do que um tema na área de saúde, mas do contexto vivencial do brasileiro, na sua esfera social, política, econômica, cultural, espiritual. Os cuidados paliativos em terras brasileiras vêm assimilando a lógica do cuidado não somente no fim da vida, mas desde o estágio inicial de uma doença considerada incurável. Há também interesse crescente pela relação entre cuidados paliativos e geriatria. No Brasil, tem aumentado o número de pessoas idosas e também a expectativa de vida além dos 80 anos.

Independente da idade, etnia, situação socioeconômica, estado civil, consideramos que os cuidados paliativos no Brasil têm tocado no sentido da existência do cotidiano dos profissionais de saúde e também dos cuidadores espirituais. Este é um tema que tem levantado profundos questionamentos no sentido da palavra saúde em todas as etapas da vida.

Além disso, tem evocado o sentido da existência e da finitude, temas tão caros tanto às ciências como a teologia.

Cabe, a título de desafio, a construção contínua de uma pastoral do consolo que viabilize o diálogo sobre o tema da vida e sua finitude, na formação de lideranças religiosas. Além disso, é indispensável para o desenvolvimento de uma pastoral do consolo, a inclusão de leigos/as como cuidadores/as. Uma pastoral do consolo é oferecer suporte, em uma espiritualidade de esperança, de diálogo e que caminhe com as pessoas até as terras desconhecidas daqueles/as que ainda não passaram pelo vale da sombra da morte. Nesse quesito é sempre salutar reafirmar a importância de uma pastoral que ofereça os ombros da ternura, da coragem, da graça e do amor que ama até o fim.

Referências Bibliográficas

Livros e artigos

ARAUJO, M. Martins Trovo de; SILVA, M. J. Paes da. "A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo". In: *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2011.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de Oliveira (coord.) *Cuidado paliativo*. São Paulo: Cremesp, 2008.

KOVACS, M. J. "Bioética nas questões da vida e da morte". In: *Psicol. USP*, São Paulo, v. 14, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. "Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos". In: *História, ciência e saúde - Manquinhos*, Rio de Janeiro (2011). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. "Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades". In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro (2011). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2011.

KÜBLER-ROSS, E. *A roda da vida: memória do viver e do morrer*. São Paulo: Sextante, 1998.

_____. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. *O Túnel e a Luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte*. Campinas: Verus, 2003.

PESSINI L.; BERTACHINI, L. (orgs.). *Humanização e cuidados paliativos* 2. ed. São Paulo: EDUNISC/Loyola, 2004.

PESSINI L.; BERTACHINI, L. *O que entender por cuidados paliativos?* 2. ed. São Paulo: Paulus/Centro Universitário São Camilo, 2006. (Questões fundamentais da saúde; v. 8).

PESSINI, L e BARCHIFONTAINE, C. P. (org.). *Biotética e longevidade humana*. São Paulo: Universidade São Camilo/Edições Loyola, 2006.

SANTOS, F. Santana (org.). *A arte de morrer: visões plurais*, vol. 1 e 2. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2009.

_____. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

Páginas eletrônicas

Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Disponível em: < <http://www.cuidadospaliativos.com.br/site/inicio.php> >. Acesso em: 25 set. de 2011.

Cicely Saunders Institute, Londres. Disponível em: < <http://www.cicelysaunders-foundation.org/cicely-saunders-institute> >. Acesso em: 25 set. de 2011.

Organização Mundial de Saúde Disponível em: < <http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueeecuidados> > Acesso em: 25 set. de 2011.

Prática hospitalar. Disponível em: < <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html> >. Acesso em: 25 set. de 2011.